

雇 用 証 明 書

雇用して いる者	氏 名	
	住 所	

上記の者は、 年 月 日より当事業所において雇用していることを証明する。

年 月 日

事業所の名称
代表者氏名

所 在 地
電 話 番 号

(注) 賃金が支払われていることを証明した書類（支払明細書等）の写しや、雇用されている企業の被保険者であることが明記された健康保険証等の写しがある場合は、この雇用証明書を省略することができます。

自営業従事申告書

従事している 自営業の種類・内容	
事業所の 名称	
所在地 電話番号	

児童扶養手当支給機関 殿

上記のとおり自営業に従事していることを申告する。

年 月 日

申告者
氏名

住 所

(注) 上記のことを証明(確認)できるものの写しを添えてください。

求 職 活 動 等 申 告 書

(記入方法)

あなたの求職活動等の状況について、該当する番号を○印で囲んで下さい。
(7を○印で囲んだ場合は、その内容を記入して下さい。)

- 1 母子自立支援プログラムに基づき自治体の就労支援を受けている。
・母子自立支援プログラムを作成した自治体の名称
()
- 2 母子家庭等就業・自立支援センターを利用して求職活動をしている。
・母子家庭等就業・自立支援センターの名称
()
- 3 公共職業安定所を利用して求職活動をしている。
- 4 民間職業紹介所を利用して求職活動をしている。
- 5 労働者派遣会社を利用して求職活動をしている。
- 6 募集広告などにより求人企業に応募し、採用選考(面接)を受けた。
- 7 その他 ()

裾野市長 様

私の求職活動等の状況について、上記のとおり申告する。

年 月 日

(児童扶養手当受給資格者氏名) _____

(注) 求職活動等申告書中、1～5に該当する方は、「求職活動支援機関等証明書」(様式7)を、6に該当する方は、「採用選考証明書」(様式8)を、7に該当する方は、当該求職活動等の状況を明らかにできる書類を併せて添付して下さい。

ただし、求職活動申告書中、1に該当する方のうち、児童扶養手当の認定を受けた自治体と母子自立支援プログラムを策定した自治体が同一の場合や、2に該当する方のうち、児童扶養手当の認定を受けた自治体と母子家庭等就業・自立支援センターを設置している自治体が同一であること等により、自治体において申告内容の確認ができるときは、「求職活動支援機関等証明書」(様式6)の添付は不要です。

求職活動支援機関等利用証明書

(記入方法)

あなたの求職活動支援機関等の利用状況について、Iの1又はIIの1の登録が有効であることに加え、その他該当する求職活動を行った年月日を合計2つ以上記入して下さい。

I 母子家庭等就業・自立支援センター、公共職業安定所、民間職業紹介所の利用

- | | |
|----------------------|-------------|
| 1 求職登録が有効 | 年 月 日現在 |
| 2 求人情報の提供 | 年 月 日 / 月 日 |
| 3 職業相談 | 年 月 日 / 月 日 |
| 4 職業紹介 | 年 月 日 / 月 日 |
| 5 就職活動セミナーなど職業講習の受講等 | 年 月 日 / 月 日 |

II 労働者派遣会社の利用

- | | |
|----------------|-------------|
| 1 労働者派遣登録が有効 | 年 月 日現在 |
| 2 具体的な派遣先企業を提示 | 年 月 日 / 月 日 |

求職活動支援機関等 殿

児童扶養手当の受給に係る資料として自治体へ提出するため、
上記（（I／II）1、2、3、4、5）について証明願います。
年 月 日

利用者(求職者)氏名

上記について相違ないことを証明する。 年 月 日

機関等の名称
所在地（電話番号）

求職活動支援機関等 殿

児童扶養手当の受給に係る資料として自治体へ提出するため、
上記（（I／II）1、2、3、4、5）について証明願います。
年 月 日

利用者(求職者)氏名

上記について相違ないことを証明する。 年 月 日

機関等の名称
所在地（電話番号）

(注) 証明欄が不足する場合は、別葉にて提出してください。

採用選考証明書

様

私は、 年 月 日に御社において、採用選考を受けました。

児童扶養手当の受給に係る資料として自治体へ提出する必要がありますので、上記について証明願います。

年 月 日

求職者氏名

住 所

上記について相違ないことを証明する。

年 月 日

事業所の名称

所 在 地
電 話 番 号

診 断 書

患者氏名 _____

住 所 _____

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 _____

病 名 _____

<病 状>

※ 以下のうち該当する番号を○印で囲んで下さい。

- 1 今後、概ね1か月以上の期間、入院加療が必要である。
- 2 今後、概ね1か月以上の期間、在宅で安静が必要である。

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関所在地
医療機関名
医 師 名